

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 84

LA
TRANSFORMATION MALIGNE
DES LOUPES
DU CUIR CHEVELU

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 mars 1939

PAR

Abram-Israël MONDZELEWSKI

Né à Lodz (Pologne), le 28 juin 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		PAPIN, professeur	} <i>Juges</i>
		JEANNENEY, professeur	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE

18, Rue du Peugue

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale (MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale in- fantile et orthopédie ... ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique..... GUYOT.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants CRUCHET.
Clinique chirurgicale PAPIN.	Chimie biologique et mé- dicale MACHEBŒUF.
Pathologie et thérapeuti- que générales..... CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements. ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clini- que des maladies exoti- ques BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ... DAMADE.	Clinique des maladies cu- tanées et syphilitiques . PETGES.
Anatomie VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires DUVERGEY.
Anatomie générale et his- tologie..... G. DUBREUIL	Clinique des maladies ner- veuses et mentales..... ABADIE.
Hygiène..... LEURET.	Clinique d'oto-rhino-lar- yngologie PORTMANN.
Médecine légale et déon- tologie..... LANDE.	Toxicologie et hygiène ap- pliquée..... LABAT.
Electroradiologie et clin. RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... CREYX.
Chimie CHELLE.	Clinique odonto-stomato- logique DUBECQ.
Botanique et matière mé- dicale GOLSE.	
Pharmacie..... VITTE.	
Zoologie et parasitologie.. MANDOU.	
Médecine expérimentale .. AUBERTIN.	
Clinique ophtalmologique. TEULIERES.	
Physiologie FABRE.	

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie DUFOUR.	Chirurgie générale..... { CHARRIER. LOUBAT.
Physiologie N.	
Médecine générale..... { PIECHAUD. DELMAS-MARSALET.	Obstétrique..... N.
DE GRAILLY.	Ophtalmologie..... RIVIERE.
	Oto-Rhino-Laryngologie.. BEAUVIEUX.
BROUSTET.	Despons.
DERVILLEE.	JOULIA.
N.	N.
	Chimie générale pharma- ceutique et toxicologie.. N.

COURS COMPLÉMENTAIRES:

MM.	MM.
Médecine opératoire JEANNENEY.	Physique médicale et pharmaceutique AURIAC.
Accouchements RIVIERE.	Anatomie J.BEAUVIEUX
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET.	Chimie minérale CASTAGNOU.
Puériculture FAUGERE.	Botanique GIRARD.
Zoologie et parasitologie.. R. SIGALAS	Pharmacie galénique MESNARD.
Médecine légale DERVILLEE.	Bactériologie..... MOUREAU.
Urologie DARGET.	Physiologie PETITEAU.
Législat. pharmaceutique. POPLAWSKI.	
Ophtalmologie CABANNES (en congé).	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

*Exemples de travail et de
courage, en pieux souvenir.*

A MES SŒURS ET A MES FRERES

A MA FEMME

*Faible témoignage de mon
affection.*

A MON CHER LANSBERGER

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DANS LES HOPITAUX

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui me fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de ce modeste travail.*

INTRODUCTION

Au niveau du cuir chevelu, on observe des néoplasies bénignes ou malignes, d'origine épithéliale ou conjonctive, des tumeurs vasculaires ou nerveuses. Sans préjuger de leur nature histologique, les tumeurs que l'on rencontre le plus souvent au niveau du cuir chevelu sont les loupes, susceptibles de subir la dégénérescence épithéliale, la possibilité de cette transformation étant parfaitement démontrée. Néanmoins, les cas sont rares, Lecène a publié 6 cas en 5 ans et chaque observation nouvelle présente de l'intérêt. Ainsi la dernière observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, est un exemple caractéristique de la dégénérescence cancéreuse des loupes du cuir chevelu.

Dans le premier chapitre de ce travail, relatif à l'histoire de la transformation maligne des loupes du cuir chevelu, nous recherchons les faits de même ordre qui ont été publiés. Avant d'aborder le sujet lui-même, il nous a paru judicieux de consacrer le deuxième chapitre à des considérations générales sur les loupes. Le troisième chapitre contient quelques données anatomo-pathologiques, relatives à cette transformation. Dans le quatrième chapitre, nous étudions le processus de la dégénérescence maligne, sa symptomatologie et ses formes cliniques. Dans les chapitres suivants sont traités : l'évolution de ce processus morbide, son diagnostic, son pronostic et le traitement des loupes normales et de celles ayant subi la transformation néoplasique. Enfin, suivent quelques observations et les conclusions qui ont semblé ressortir de ce modeste travail.

HISTORIQUE

La première mention que nous ayons trouvée de la transformation maligne des loupes du cuir chevelu est signalée dans la « Lupologie » de Girard, parue en 1775. L'auteur remarque que, parmi les kystes sébacés du corps humain, ceux qui se développent sur le cuir chevelu sont les plus dangereux.

Chassaignac, en 1848, dit, dans sa thèse, qu'une loupe ulcérée, fistuleuse, peut subir la transformation maligne. Lebert, en 1850, nie énergiquement la possibilité de cette dégénérescence; de même, celle-ci est repoussée par Jobert en 1863.

Cruveilhier signale le fait, mais le doute subsiste dans son esprit, « car le microscope n'a relevé aucun élément cancéreux ». Broca, dans son « Traité des Tumeurs » écarte la possibilité de la transformation cancéreuse. C'est vers 1875 que paraît dans le Dictionnaire Encyclopédique l'article de Tripier, qui affirme nettement la dégénérescence maligne des loupes, vérifiée par l'examen microscopique. Emile Bock, en 1880, donne une bonne description des épithéliomas secondaires à des kystes sébacés. Poncet, en 1890, Bérard et Richard Barlow en 1895, concluent à la possibilité de la transformation maligne des loupes, cette malignité étant confirmée par les métastases ganglionnaires et l'examen histologique. Ricker et Schwalbe, dans une monographie des tumeurs de la peau trouvent 7 cas de dégénérescence maligne des loupes du cuir chevelu sur 43 cas de kystes sébacés, rapportés depuis 1914. Caylor cite que, sur 236 cas de kystes sébacés opérés à la clinique Mayo, 12 seulement ont eu

un caractère de malignité, et dans cette série le cuir chevelu ne rentrait en ligne de compte que 4 fois.

Mais, à côté de la transformation des loupes en épithélioma spinocellulaire, Strauss a décrit 5 cas de développement de l'épithélioma basocellulaire sur des kystes épidermoïdes! Beausse-nat, Péraire et Cornil ont trouvé des sarcomes fusocellulaires développés au niveau des loupes.

Le problème de la dégénérescence maligne des loupes est donc finalement tranché et nous trace une ligne de conduite en présence de ces tumeurs si fréquentes et ordinairement bénignes.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES LOUPES

A côté des kystes sébacés, dus à la rétention des produits sécrétés par oblitération du canal excréteur, il y a des kystes par néoformation, dus à l'inclusion de bourgeons épidermiques, et auxquels se rapporte l'appellation de loupes.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des loupes a été discutée fort longtemps.

D'après Boerhave, Van Swieten, Girard, Cooper, Virchow, les loupes résulteraient de l'oblitération du canal ostiopilaire et la continuation de la sécrétion de la glande sébacée déterminerait la distension des enveloppes de l'appareil pilosébacé par l'accumulation de produits de sécrétion. Cette théorie de rétention simple a connu de nombreux adversaires. Walther, en 1822, Werther en 1855, montrèrent que les loupes étaient d'abord des tumeurs solides, sans la moindre trace de conduits excréteurs. Luigi Porta, Hartmann, donnèrent une description de ces tumeurs et montrèrent la distinction entre les loupes et les kystes folliculaires.

Chiari, mais surtout Franke (Arch. de Langenbeck, 1887) et Darier (1900), tranchèrent la question de l'origine et de la structure des loupes. D'après Franke, les loupes ne sont pas des kystes par rétention, mais de véritables tumeurs qui résultent d'un enclavement des bourgeons épithéliaux à une période embryologique primaire; bourgeons qui, en vue de la formation des follicules pileux et des glandes cutanées, ont été repoussées de

l'épiderme vers la profondeur, d'où le nom de kystes épidermoïdes qu'il leur donne.

Le contenu de ces kystes, qui, au premier stade de leur développement, est formé de véritables corps épithéliaux solides, se compose plus tard de cellules épithéliales éliminées et désagrégées.

Les loupes présentent donc le développement d'ébauches embryonnaires de follicules pileux ou de glandes sébacées inclus dans le derme, ayant perdu leur connexion avec l'épiderme de revêtement. En 1923, la question d'origine des loupes fut remise à l'ordre du jour par l'étude de Siemens sur l'hérédité de la prédisposition à leur formation. Cette hérédité de l'ordre de 68 % porte un caractère dominant d'après la loi énoncée par Mendel et est en faveur d'un processus tératologique.

HISTOLOGIE

Les loupes présentent une membrane d'enveloppe et un contenu. La membrane d'enveloppe est formée, en allant de la périphérie vers le centre, d'un tissu conjonctif fibrillaire parcouru d'un petit nombre de vaisseaux, puis d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié composé de cellules à noyaux, ensuite d'une couche des lamelles épidermiques très condensées qui se remplissent de gouttelettes graisseuses qui se détachent et s'adjoignent au kyste.

Le contenu, ordinairement inodore, est une bouillie, de consistance et de couleur variables, dans laquelle l'examen microscopique fait reconnaître des cellules épithéliales désagrégées, des granulations graisseuses, des granulations calcaires et des cristaux de cholestérine.

ETUDE CLINIQUE

La formation des loupes, tumeurs bénignes et multiples du cuir chevelu, est sujette à des facteurs non déterminés; les cau-

ses accidentelles locales, pression d'un chapeau ou d'un fardeau, et mécaniques peuvent avoir une influence, mais on a remarqué que les loupes s'accompagnent toujours d'un trouble sécrétoire qui paraît jouer un rôle prépondérant; la peau, en général amincie, est recouverte de petits cheveux clairsemés, ou en est dépourvue complètement, par suite d'atrophie de bulbes pileux. Plus fréquentes chez les femmes, elles apparaissent entre 20 et 30 ans, mais aussi plus tard, sans douleur, par des petites tumeurs sous-cutanées. Uniques ou multiples (5 à 6 en moyenne), leur volume varie de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de poule, parfois même la loupe peut atteindre le volume d'une noix de coco (Cooper).

Les petites tumeurs sont solides ou rénitentes, hémisphériques, régulières, mobiles sur le plan profond et recouvertes de peau normale. Mais que l'augmentation de volume soit lente et continue, ou qu'elles s'accroissent brusquement sous l'influence d'un traumatisme quelconque, mais souvent sans cause évidente, les tumeurs deviennent globuleuses, parfois bosselées, molasses et fluctuantes, et contractent des adhérences avec les téguments superficiels.

COMPLICATIONS

La loupe, affection bénigne, n'est pas exempte de complications. A mesure qu'elle acquiert un plus grand volume, sa peau s'amincit par la distension progressive et devient sujette à des traumatismes de toutes sortes : coups de peigne, piquûres avec épingle à cheveux, frottement du chapeau. Elle s'enflamme et devient très douloureuse. La loupe devient alors une source d'ennuis pour celui qui en est porteur, car s'ulcérant et ayant peu de tendance à la cicatrisation, elle laisse écouler par un trajet fistuleux intarissable du pus mélangé à du sang et sébum; l'intervention chirurgicale devient nécessaire.

Dans des cas très rares, la loupe peut se résorber spontanément; exceptionnellement, elle peut attaquer les os du crâne,

soit en déterminant leur carie, soit par simple usure, provoquer des hyperostoses entraînant des troubles graves de compression cérébrale.

Parfois voit-on, lorsque le kyste reste fistuleux, l'épiderme voisin végétér, se prolonger dans la cavité de la loupe; une infection ganglionnaire se produire à distance prenant les allures d'un processus malin, mais tout disparaît lors de son extirpation (cas de Barlow, Lucke, Shantock).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En dehors du cancroïde primitif de la peau qui ne fait pas partie de notre étude, la transformation maligne des loupes du cuir chevelu peut se présenter sous des aspects différents.

Nous nous préoccupons des dégénérescences épithéliales d'abord : néoplasme sébacé primitif et cancer secondaire développé sur des loupes anciennes ulcérées; nous dirons quelques mots ensuite du sarcome développé sur une loupe.

I. LE NÉOPLASME SÉBACÉ PRIMITIF

Le néoplasme sébacé primitif, rare, se présente comme une tumeur régulière, recouverte d'une peau normale, mobile facilement sur le plan profond, pseudofluctuante ou parfois légèrement indurée. C'est un épithélioma *encapsulé, intrakystique*.

En ouvrant cette tumeur, au lieu de sébum, on trouve une masse d'aspect aréolaire, composée de petites poches kystiques parfois énucléables et analogues aux kystes sébacés ordinaires.

« Ces kystes, de volume très inégal, sont constitués par une paroi d'épithélium pavimenteux et un contenu des masses feuilletées paraissant résulter de la desquamation endokystique des cellules dégénérées. A la périphérie de la tumeur, on trouve une couche d'enveloppe continue et englobant toutes ces masses kystiques secondaires. Cette couche membraniforme est formée de dehors en dedans d'une couche fibreuse, puis d'une paroi d'épithélium pavimenteux stratifié...

En somme, il s'agit d'une formation dermoïde qui, au lieu de se présenter comme un kyste simple rempli des produits de desquamation, a végété à sa surface interne en masses épithéliales, au milieu desquelles la desquamation de cellules mortes a produit, en s'accumulant, ces formations kystiques secondaires » (Ménétrier).

« L'homme aux tumeurs confluentes » de Poncet se présentait avec toutes les caractéristiques de ces épithélioma encapsulés, intrakystiques.

II. CANCERS SECONDAIRES

Dans les cancers secondaires développés sur des loupes anciennes ulcérées, on voit à la coupe les éléments épithéliaux disposés en lobules blanchâtres séparés par des tractus de tissu conjonctif. Le tissu se déchire facilement, ne donne pas de suc au râclage.

Au microscope, la tumeur est formée de gros lobules de tissu épithélial, dont les parties centrales sont dégénérées tandis que la périphérie est formée de cellules jeunes et en pleine activité. Ces dernières semblables à celles de la couche de Malpighi, renferment un noyau qui se colore fortement et de nombreuses granulations d'éléidine.

A mesure qu'on pénètre dans la profondeur des lobules, ces cellules épithéliales se transforment peu à peu pour se confondre au centre dans une masse jaunâtre; les noyaux ne sont plus visibles, l'éléidine a disparu. Avant d'arriver à cette ultime période, on voit des formes les plus variées de l'épithélium pavimenteux, des cellules à formes bizarres et irrégulières, des cellules gigantesques à plusieurs noyaux et vacuolaires à leur centre.

Au milieu de tous ces éléments, on voit des globes épidermiques avec ses cellules aplaties en forme d'écailles disposées en bulbe d'oignon, ceux-ci étant le cachet de l'épithélioma pavimenteux lobulé. Les lobules sont engainés par un stroma de tissu

conjonctif adulte qui sépare les divers éléments de la tumeur et la périphérie du néoplasme du tissu voisin.

A la surface, la peau est presque toujours nettement séparée par cette capsule conjonctive des éléments néoplasiques sauf aux points où se sont produites les ulcérations. En ces points les éléments de la peau ont complètement disparu et l'épithélium végète au milieu des couches de tissu embryonnaire.

III. SARCOME FUSO-CELLULAIRE

Enfin, nous accorderons une place au sarcome fuso-cellulaire en tant que complication d'une loupe.

« La tumeur est séparée de la peau par une mince couche de tissu conjonctif. La coupe montre en allant de la superficie vers la profondeur : d'abord le cuir chevelu très aminci avec de rares follicules pileux, puis le tissu cellulaire sous-cutané, siège d'infiltration embryonnaire considérable; ensuite le tissu néoplasique proprement dit, constitué par des boyaux anastomotiques présentant une disposition très irrégulière, formé par des éléments de forme et de dimension variables, ressemblant à l'épithélium pavimenteux tubulé. Mais le fort grossissement de la masse néoplasique montre des cellules très allongées, fusiformes, avec noyau volumineux clair. Les cellules forment des faisceaux. Au sein des masses cellulaires il y a des nombreux vaisseaux embryonnaires. » (Beaussenat.)

LA TRANSFORMATION MALIGNE DES LOUPES

ÉTUDE CLINIQUE

Chez les vieillards surtout, la loupe ulcérée, fistuleuse, peut devenir le siège d'une dégénérescence épithéliale des plus redoutables, mais il semble démontré que cette éventualité est, heureusement, rare.

Porta, sur 384 kystes, n'en a jamais rencontré ; Chassaignac a vu, à la suite d'une loupe enflammée, se développer un épithélioma qui a envahi tout le cuir chevelu et a perforé le crâne. Dieffenbach observa une loupe ulcérée qui donna naissance à une tumeur fongueuse qui récidiva deux fois ; Lecène a observé 6 cas en 5 ans.

La dégénérescence cancéreuse est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Récemment, dans le rapport de Ricker et Schwalbe, il y avait 22 hommes et 16 femmes ; les 12 cas de Caylor comprenaient 7 hommes et 5 femmes ; dans les 3 observations de Seff et Berkovitz il y avait 2 hommes et une femme.

Mais dans d'autres statistiques la fréquence de la transformation maligne est plus grande chez les femmes, les loupes étant chez elles fréquemment et facilement irritées par l'action du peigne.

Parfois, cette dégénérescence carcinomateuse peut se rencontrer chez des personnes jeunes. Dans les diverses séries mentionnées plus haut, une femme avait 20 ans et une autre 26 ans, les autres avaient toutes plus de 40 ans. Il est difficile de prévoir cette transformation cancéreuse.

Caylor pense que l'hérédité peut en être un facteur, car plus de la moitié de ses malades avaient des antécédents de tumeur maligne ; avec Mock et Ellis, il ne pense pas qu'on puisse faire jouer au traumatisme local un rôle étiologique.

D'autre part, un bon nombre d'auteurs semblent croire que l'hérédité n'intervient pas dans la transformation maligne des loupes, aucun cas congénital n'ayant pas été observé.

La cancérisation des loupes s'observe surtout chez des gens de campagne, car ne souffrant pas et n'attachant qu'une importance médiocre à la question de forme, ils attendent un temps souvent trop long avant de consulter le médecin.

Outre ces influences générales, relatives à l'âge et au sexe, certaines causes déterminantes favorisent le développement de l'épithélioma : ce sont les traumatismes plus ou moins violents, précédemment soulignés, et les caustiques (pâte de Vienne, pâte de Canquoin, nitrate d'argent) autrefois appliqués dans un but thérapeutique. C'est le cas de l'observation de Dusaupay (1877).

« Après application de la pâte de Vienne, le sommet de la tumeur se modifia et le contenu fut évacué. Seulement la plus grande partie de la paroi du kyste respectée par le caustique se mit à s'hypertrophier, à pousser en dehors des champignons, des bourgeons charnus livides, de telle sorte qu'au bout de quelques mois la tumeur présentait exactement l'aspect d'un cancroïde ulcéré. »

Soulignons enfin la coexistence possible d'une loupe ordinaire et de celle ayant subi la dégénérescence épithéliomateuse, et qu'en dehors des loupes d'autres tumeurs banales du cuir chevelu, telles que les cornes et les papillomes, les cicatrices peuvent subir, sous l'influence connue ou inconnue, la dégénérescence cancéreuse.

La transformation épithéliale peut, d'après Poncet, évoluer suivant deux formes cliniques :

I. Le NÉOPLASME SÉBACÉ PRIMITIF, rare, se présente sous forme de tumeur encapsulée, intrakystique.

Il ne s'agit pas là d'une transformation avec le temps d'un kyste sébacé, mais bien d'une évolution spéciale de la tumeur et cela est si vrai que l'on trouve parfois en son voisinage des petits kystes de date récente présentant la même structure.

Ce cancroïde intrakystique ne diffère en rien d'une loupe ordinaire; il reste mobile sur le plan profond, n'adhère pas à la peau, n'affecte pas les ganglions et ne récidive pas après l'extirpation.

Mais il peut être soupçonné de par la dureté du kyste.

Le plus souvent il n'est diagnostiqué que lorsque, s'accroissant, il a distendu, aminci et finalement ulcéré la capsule. Il envahit ainsi par continuité le cuir chevelu.

La tumeur qui jusqu'alors, malgré l'évolution intrakystique, était restée bénigne, acquiert la malignité d'un cancroïde cutané. L'ulcération s'étend de jour en jour et nécessite une ablation rapide.

Dans l'observation de Poncet de « l'homme aux tumeurs confluentes » ces néoplasmes étaient multiples, s'étendaient de la nuque au front, et atteignaient la grosseur d'une tomate. Sur les petites tumeurs, la peau gardait sa coloration normale, sur les grosses, amincie, elle était rouge violacée.

Des petits cheveux clairsemés les recouvraient ; entre les tumeurs on voyait des touffes abondantes. De la tête se dégageait une odeur fade, nauséabonde, de fermentation épithéliale et graisseuse. Soumises à des irritations, certaines de ces tumeurs s'enflammaient, s'ulcéraient et devenaient alors douloureuses. Une grosse masse ganglionnaire mobile était perceptible dans la région sous-maxillaire.

II. A côté de ces néoplasmes sébacés primitifs, très rares en égard de la fréquence des loupes ordinaires, il y a des LOUPES AYANT SUBI LA DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE SECONDAIRE.

Chez les personnes âgées une loupe ancienne de vingt à trente ans, de volume plus ou moins considérable, étant soumise à des

irritations répétées qui ont provoqué des accidents inflammatoires, s'ulcère et laisse un trajet fistuleux.

Tripier écrit : « Lorsqu'elles (les loupes) continuent de s'accroître ou qu'elles sont exposées aux insultes extérieures, il arrive un moment où elles s'enflamment, l'ouverture spontanée qui en est presque toujours la conséquence, peut amener une guérison radicale ou au contraire donner lieu à des plaies fistuleuses... C'est dans ces circonstances qu'on a vu survenir une véritable dégénérescence... l'examen histologique ne nous a pas laissé de doute sur la nature cancroïdale de la tumeur qui avait le volume d'une noix et était ulcérée depuis plusieurs mois. » (Dict. de Dechambre, 1870.)

Le symptôme de début est un petit saignement provoqué par le malade en se coiffant; le malade vient rarement consulter le médecin à ce moment. S'il en était ainsi on constaterait alors tantôt une petite ulcération à la surface d'une loupe, tantôt un petit bourgeon récemment poussé et saignant abondamment. D'autres fois un liquide purulent et sanguinolent s'écoule de l'ulcération, une croûte se forme, va en grandissant et en s'épaississant. Au bout de 5 à 6 semaines elle tombe, laissant à nu une surface saignante. Quelques douleurs peuvent apparaître, l'état général reste satisfaisant. C'est à cette période qu'il faut opérer avec le minimum de délabrements. Si l'on n'opère pas, le cancroïde, à peine sensible, se développe progressivement et lentement et après un temps plus ou moins prolongé l'aspect du néoplasme devient caractéristique :

a) Le plus souvent on trouve une ulcération reposant sur une base indurée. Du fond de l'ulcère, grisâtre et bourgeonnant, s'écoule un liquide d'odeur fade de fermentation épithéliale et grasseuse. Les bords taillés à pic ont la forme de bourrelets saillants, inégaux, renversés en dehors, durs et parfois parsemés de bourgeons exubérants. Leur face externe se dessèche, se couvre de croûtes provenant de la dessiccation de l'humeur sanieuse, ou bien on y voit quelques écailles épidermiques analogues à celles qui marquent le début de la plupart des cancroïdes.

La fétidité est tellement repoussante qu'on est obligé d'isoler le malade.

b) Parfois c'est une forme végétante d'aspect d'un large champignon ou même, dans le cas d'épithélioma abandonné à lui-même, pouvant atteindre des proportions énormes; la tumeur est alors comparée à un chignon, à une toque recouvrant la tête. Elle repose sur une base indurée qui s'étend à distance; sa masse peut être irrégulière et ulcérée, à consistance à la fois dure et friable caractéristique.

L'ulcération couverte de détritüs laisse suinter une sanie ichoreuse et fétide. Les douleurs spontanées sont tolérables. La palpation, indolore, donne une sensation d'empâtement diffus, dû à la perte de la mobilité et à la fixation aux plans profonds.

Sous l'influence de la suppuration et des hémorragies fréquentes, dont ces tumeurs sont le siège, l'état général se trouve compromis, le plus grand nombre de malades évoluent vers la cachexie plus ou moins tardive.

III. La symptomatologie du SARCOME FUSO-CELLULAIRE se développant sur une loupe ne diffère pas sensiblement de celle des tumeurs épithéliales.

On peut signaler la marche plus rapide du processus morbide. La tumeur est de consistance très dure, douloureuse spontanément et à la palpation, impossible à mobiliser sur les plans profonds. La base d'implantation peut être très vascularisée.

L'envahissement du péricrane doit toujours faire redouter une récidive.

ÉVOLUTION

L'évolution est prolongée, la marche de l'épithélioma est envahissante, progressive, mais non continue. Des cancers qui jusque-là avançaient très lentement prennent tout à coup un grand accroissement, parfois sous l'influence des irritations mécaniques. Néanmoins, l'évolution de ces tumeurs reste longtemps locale ou régionale, les métastases à distance sont rares.

a) LA PROPAGATION LOCALE se fait à la fois en surface par envahissement progressif des téguments voisins, et exceptionnellement en profondeur : le cancer envahit l'aponévrose épicroanienne et atteint les os du crâne qu'il corrode et perfore ; il s'établit alors une communication avec la boîte cranienne (cas de Lebert). Le processus morbide atteint finalement les méninges et le cerveau. Les méninges épaissies, très résistantes à l'envahissement néoplasique (Melchior), sont animées de vives pulsations, synchrones avec le pouls et augmentées par le moindre effort. Cette complication, fatalement mortelle, se traduit par des signes plus ou moins accusés suivant le degré d'envahissement : les signes d'infection méningitique s'ajoutent alors à la symptomatologie habituelle du cancer. Des douleurs lancinantes atroces apparaissent dès que l'aponévrose épicroanienne et le périoste sont envahis.

b) L'INFECTION SECONDAIRE, l'érysipèle, les adénophlegmons et les hémorragies fréquentes et abondantes mettent en danger la vie du malade.

c) LA PROPAGATION RÉGIONALE se fait vers les ganglions de la nuque, du cou et de la région parotidienne. De même que les épithélioma des autres régions, ceux qui se développent sur les loupes du cuir chevelu peuvent donner des engorgements ganglionnaires, mais seulement après avoir ulcéré la poche qui les contenait primitivement et après avoir envahi les parties voisines. L'engorgement ganglionnaire est d'autant plus fréquent que la lésion est plus ancienne, mais ce n'est pas une règle absolue.

En même temps que la prolifération épithéliale on y trouve un processus inflammatoire, chacun de ces éléments étant susceptible de retentir sur le système lymphatique.

Les ganglions, d'abord mobiles, se transforment en tumeurs grosses, dures, douloureuses, adhérentes à la peau, qui finit par rougir et s'ulcérer.

Cette adénite cancéro-inflammatoire s'ouvre donc en dehors, suppure, et peut être le point de départ des nouvelles formations épithéliales à extension plus rapide et pouvant entraîner des désordres considérables.

Il faut donc rechercher avec soin l'état des ganglions, tant au point de vue du traitement qu'au point de vue du pronostic : ganglions parotidiens pour les tumeurs siégeant à la partie antérieure du cuir chevelu, ganglions mastoïdiens pour celles qui occupent les parties latérales et enfin ganglions sous-occipitaux et sous-maxillaires pour les tumeurs de la région occipitale.

Après ablation de ces tumeurs, les récidives au niveau de la cicatrice sont exceptionnelles.

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons dit, la dégénérescence épithéliale peut revêtir plusieurs formes : la tumeur peut être enkystée, se présenter sous forme de croûtes rougeâtres, s'être ulcérée et prendre soit l'aspect bourgeonnant, soit l'aspect de l'ulcère rongeur, d'où la variété des éléments du diagnostic suivant le mode de début, suivant la marche et le degré de l'évolution.

I. AVANT LA PÉRIODE DE L'ULCÉRATION. — Le diagnostic est délicat ; l'examen microscopique et surtout la récidive feront reconnaître la nature maligne du néoplasme.

Il faudrait distinguer la tumeur encapsulée, intrakystique, de tumeurs non réductibles, solides ou fluctuantes, telles que les simples loupes ; de gommes syphilitiques ou tuberculeuses à l'état de crudité, et exceptionnellement de fibromes et de kystes dermoïdes du cuir chevelu.

L'adénome sébacé (Balzer et Ménétrier) se présente sous forme de petites saillies hémisphériques, de même couleur que la peau voisine, les éléments sont nombreux surtout à la face, mais sont essentiellement diffus. L'aspect clinique et l'évolution diffèrent. Son origine nerveuse trophique est démontrée par le fait que tous les malades présentent en même temps des troubles nerveux et particulièrement des signes de déchéance intellectuelle.

Les *cornes* du cuir chevelu ont des croûtes brunes ; dans le cas d'ulcération cancéreuse les croûtes se laissent enlever facilement et découvrent une surface ulcérée bourgeonnante.

II. A LA PÉRIODE DE L'ULCÉRATION. — Le diagnostic peut être hésitant entre une loupe ulcérée simple et celle ayant subi la dégénérescence maligne. La forme, la couleur, l'ichor fétide, les hémorragies plus ou moins abondantes, l'engorgement notable de ganglions voisins et la marche lente de l'affection sont en faveur d'un néoplasme. Sa base indurée, les douleurs rares, une santé générale conservée, sont encore des signes d'une tumeur épithéliale.

Principalement les ulcères tuberculeux et surtout syphilitiques peuvent être une difficulté du diagnostic.

L'ulcère tuberculeux est très rare à cette région. De plus son fond est rougeâtre, les bords sont mous et violets et n'ont jamais l'induration d'un cancroïde. Il ne s'accompagne d'aucune douleur et se montre de préférence chez les jeunes sujets scrofuleux. Il coïncide presque toujours avec d'autres manifestations tuberculeuses, tandis que la transformation maligne d'une loupe s'observe habituellement chez les individus âgés et en pleine santé.

L'ulcère syphilitique peut quelquefois simuler le cancroïde, mais il est peu fongueux; ses bords sont moins durs, l'inflammation plus diffuse et plus marquée; l'adénopathie manque constamment, à moins qu'elle ne soit passagère. En cas de doute, l'examen histologique d'une parcelle ou de produits de suppuration peut être nécessaire pour établir le diagnostic.

PRONOSTIC

Le pronostic des cancers secondaires à une loupe irritée ou ulcérée est presque toujours relativement bénin, car rarement il a une marche rapide à issue fatale. Son évolution lente, sa guérison complète après l'ablation font de la dégénérescence épithéliomateuse, au point de vue clinique, une affection de malignité locale.

Ici, il faut faire une distinction entre les tumeurs encapsulées et non ulcérées et celles qui se sont extériorisées sous formes de bourgeons charnus de la surface ulcérée. La présence de la poche fibreuse et résistante, dans le premier cas, est un obstacle au développement et à l'extension de la tumeur et à ses métastases ganglionnaires.

La cachexie, rare, survient à une période très avancée de la maladie, elle s'explique surtout par la suppuration prolongée et par les hémorragies fréquentes auxquelles la tumeur donne lieu.

L'appétit et les diverses fonctions sont habituellement conservées; une exérèse large est suivie d'une guérison durable.

Chez 8 malades l'ablation large du néoplasme, alors qu'il n'existait pas d'infection ganglionnaire, n'a pas été, après plusieurs années, suivie de récurrence. Quelquefois cependant la récurrence apparaît (cas de sarcome) soit sur place, soit à distance, développée aux dépens d'un ganglion, mais elle ne se généralise pas et ne met pas la vie du malade en danger.

TRAITEMENT

Ce chapitre est consacré au traitement des loupes ordinaires ou suppurées et au traitement des loupes ulcérées ayant subi la transformation maligne. Cette façon de faire nous a semblé préférable, car elle donne une idée d'ensemble du traitement des loupes et de chacune de leurs complications. Les loupes ordinaires, par les dimensions qu'elles peuvent atteindre, par leur aspect inesthétique, justifient leur ablation ; toute complication commande une intervention immédiate, celle-ci devient impérieuse dans le cas de transformation maligne.

Autrefois, on faisait sur les loupes des frictions irritantes : teinture d'iode, cantharides, onguent mercuriel, ou on appliquait des pommades ou pâtes caustiques : pâte de Vienne, pâte de Canquoin, etc.... Puis les cautérisations à la surface interne du kyste, avec ou sans évacuation préalable, jouissaient d'une vogue spéciale ; viennent ensuite les injections intrakystiques de solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc. Tous ces procédés thérapeutiques ont été abandonnés depuis l'ère de l'asepsie : le traitement chirurgical seul, ou en cas de complications, associé à la radiothérapie, sont appliqués.

Les cautérisations des kystes étaient préconisées ces années dernières en Allemagne et l'électrocoagulation est encore employée en dermatologie, selon la technique de Ravaut.

Après anesthésie à la novocaïne, dans un premier temps, on fait une boutonnière dans la loupe à l'aide du galvanocautère ; on fait ensuite une expression énergique de tout le contenu, puis on replace la pointe du galvanocautère dans la cavité du kyste.

On décolle ainsi la poche qui vient en bloc. Pansement simple ou au collodion; la guérison survient en 4 à 7 jours avec bon résultat esthétique.

Parfois il est nécessaire de répéter le traitement.

L'ablation chirurgicale doit être actuellement une règle absolue; elle est devenue une opération de petite chirurgie.

a) Les loupes petites ou moyennes, on enlève après congélation de la tumeur par arrosage prolongé au chlorure d'éthyle.

On rase la peau, on badigeonne à la teinture d'iode, ensuite on fait une première application de chlorure d'éthyle : il se forme un dépôt neigeux le long de la ligne de l'incision future. Après un intervalle de 3 à 4 minutes on fait le deuxième arrosage. La loupe est alors dure sous le bistouri; on enfonce sa pointe et la lame coupante en haut, on fend complètement la loupe. Par un coup de curette introduite entre le tégument et la paroi de la loupe, on énuclée rapidement les deux parties congelées. Une suture aux crins arrête la petite hémorragie qui peut s'en suivre.

b) Les loupes de gros volume nécessitent une extirpation méthodique. Raser la peau, badigeonner à l'alcool ou à la teinture d'iode; puis faire une anesthésie locale avec une solution de novocaïne à 1 p. 200. On injecte la solution dans le tissu cellulaire sous-cutané; la diffusion autour se fait facilement dans ce tissu conjonctif lâche.

Ne pas piquer la tumeur. On laisse agir quelques minutes et on fait une incision curviligne et hémicirculaire à la base de la loupe.

On énuclée la tumeur facilement avec la pointe mousse d'une sonde cannelée ou avec l'extrémité des ciseaux courbes.

L'hémostase est spontanée lorsqu'on serre les fils. Avant de suture il est prudent d'explorer s'il n'y a pas une petite loupe masquée par la grosse. Suture aux crins. Pansement compressif. On enlève les fils après 4 à 5 jours.

Dans les deux cas laisser un drainage filiforme pendant 48 heures.

c) Les loupes suppurées doivent être incisées et drainées.

Plus tard on procédera à l'extirpation totale du kyste, car tout fragment de la paroi resté peut-être une source de récurrence.

d) Les loupes ulcérées de diagnostic souvent hésitant avec un début de dégénérescence maligne doivent être traitées, l'une comme l'autre, par une ablation large de la lésion, suivie d'un examen histologique complet.

e) Le diagnostic de tumeur maligne posé, les épithélioma secondaires doivent être enlevés très largement, car à quelque période que soit arrivée la tumeur, plus on enlève largement moins on reste exposé aux récurrences locales.

1° Après l'anesthésie locale à la novocaïne on enlève au bistouri électrique une large colerette de téguments au pourtour de la tumeur, sans se préoccuper de la réunion ultérieure. « Sous des pansements aseptiques la réparation de la perte de la substance se fait avec une rapidité surprenante ». Mais si la cicatrisation tarde à se faire, ou que la perte de substance est trop grande, il faut recourir aux greffes épidermiques. S'il existe déjà des adénopathies perceptibles, surtout mastoïdiennes, ou préauriculaires, il est nécessaire d'enlever ces ganglions dans un autre temps et de les soumettre à l'examen histologique.

2° Si les ulcérations néoplasiques sont trop étendues ou qu'il y a des récurrences, à l'ablation chirurgicale on peut substituer la radiothérapie sous forme de radiumthérapie et des rayons X, qui donnent des bons résultats dans ces cancers superficiels et radiosensibles.

Jacobs réunit les deux méthodes : dix jours après l'intervention chirurgicale, il soumet le malade au traitement par les rayons X (3 séances). Examiné 6 mois après, le malade apparemment en bonne santé, ne présente pas de récurrence.

f) Dans le cas de propagation du néoplasme secondaire en profondeur et exceptionnellement aux os du crâne, on recourt aux deux méthodes précédentes. « Il faut que la tumeur extra-

cranienne soit enlevée en bloc avec la portion de l'os qui la circonscrit ».

L'incision circulaire de la tumeur doit être menée jusqu'au périoste, qu'on détache par une rugine, le plan osseux doit être détruit à la pince-gouge.

Les résultats de cette thérapeutique sont bien décevants. Le pronostic immédiat est sévère à cause de l'hémorragie, du shock; les survies ne dépassent guère quelques mois, la mort survient par généralisation ou récurrence.

OBSERVATIONS

Observation due à l'obligeance de M. le professeur Guyot.
(inédite.)

M^{me} X..., 67 ans, couturière, vient me consulter il y a quelques années pour une ulcération du cuir chevelu.

Cette femme racontait qu'elle avait eu depuis de nombreuses années une petite tumeur dure, indolore et mobile. En se peignant, la peau qui la recouvrait fut plusieurs fois le siège de petites plaies qui cicatrisèrent.

Au moment où elle me consulte elle avait une plaie qui suppuraît depuis plusieurs mois. A l'examen il s'agissait d'une ulcération irrégulière avec bourgeons, saignant au contact. La biopsie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma développé sur un ancien kyste sébacé. L'excision large fut pratiquée et la malade quitta la clinique, guérie ; elle n'a pas été revue depuis, ayant quitté notre ville peu après son opération.

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LES LIVRES

OBSERVATION I (Service Dolbeau, Saint-Louis.)

Une femme de 62 ans présente depuis l'enfance deux loupes du cuir chevelu. Sous l'influence d'un traumatisme, une d'elles s'enflamme. La plaie ne se cicatrise pas ; il s'écoule un liquide fétide.

Puis la tumeur s'accroît brusquement, couverte d'une ulcération saignante au moindre contact. Inégale, bosselée, elle laisse écouler un liquide sanieux. Malgré cela l'état général reste satisfaisant.

OBSERVATION II

(de Grueull, service Gosselin.)

Une femme de 54 ans présente depuis 10 ans plusieurs loupes; dont trois étaient extirpées. Une loupe, grosse comme le poing, siège sur le pariétal gauche; elle est bosselée, sa peau est amincie et adhérente.

L'examen histologique de cette tumeur très vascularisée montre une dégénérescence épithéliale.

OBSERVATION III

(de A. Delassus, 1884.)

B... Marie, 66 ans, porte depuis 20 ans 7-8 loupes de volume différent. Dans ses antécédents, il y a des loupes plus ou moins développées. Les siennes sont indolentes et ne gênent que par leur dimension. En juillet 1882, en peignant les cheveux, elle fit, avec une dent de peigne, une éraflure qui saigna abondamment. Il se forme une croûte qui allait en grandissant et s'épaississant. Au bout de 5-6 semaines la croûte tomba, laissant à nu une surface saignant facilement. Parfois elle sent quelques douleurs lancinantes, peu intenses.

A l'examen : la tumeur occupe la région temporo-pariétale gauche et fait saillie de deux travers de doigt sur le cuir chevelu. Elle a un aspect d'un large champignon. La partie supérieure est ulcérée, rouge, couverte de détrit, laisse suinter une sanie ichoreuse et fétide. Elle n'est pas sensible à la pression, les douleurs spontanées sont tolérables.

Le diagnostic est hésitant entre une loupe ulcérée ou une trans-

formation maligne. De toute façon il faut opérer. Application de la pâte de Vienne qui creuse un trou profond dans la tumeur; puis ablation au thermocautère. La malade sortit s'acheminant vers la guérison. Trois mois après elle revient avec une récurrence. La tumeur a repoussé et a le même aspect qu'avant l'opération; mais la base est plus large, et tout autour on sent un empatement diffus du cuir chevelu. L'état général est moins bon. Pas d'envahissement des ganglions du cou.

OBSERVATION IV

Epithélioma lobulé survenu sur une loupe. Ablation. Guérison.
(de Péraire et Ménétrier, 1896.)

M^{me} H..., 49 ans, porte une tumeur ulcérée dans la région occipitale. Début il y a 25 ans par une petite tumeur grosse comme un pois, qui augmente graduellement. Aujourd'hui elle a l'aspect d'une grosse orange; ulcérée depuis 2 ans elle est le siège d'un suintement purulent et sanglant. Elle est aplatie, de consistance élastique, mamelonnée et de couleur violacée. L'ulcération la plus volumineuse siège au centre de la tumeur; elle présente des portions fongueuses, grisâtres, entourées par une zone rouge-foncé. Irrégulière, elle est accompagnée de 4 autres petites ulcérations analogues à la principale. La tumeur est mobile sur le plan profond. Un ganglion roulant sous le doigt, de volume d'une noisette, en arrière de l'oreille gauche. Rien dans les antécédents.

Opération 4 jours après l'entrée dans le service. On circonscrit par une incision la tumeur qui est enlevée rapidement. Pansement à la gaze iodoformée, qu'on change après 8 jours. La plaie bourgeonne, mais la cicatrisation est lente; 1 mois après, aucune tendance à la guérison. On excise les bourgeons charnus, pâles et exubérants; on touche au thermocautère, puis pansement avec les bandelettes de Vigo. La cicatrisation se fait plus active et la malade est guérie un mois après.

A l'examen histologique la tumeur paraît être un épithélioma pavimenteux lobulé.

OBSERVATION V

Sarcome développé sur une loupe.
(de Péraire et Cornil, 1904.)

Madame J..., 43 ans, porte depuis 20 ans, au niveau de la région pariéto-occipitale gauche, une tumeur ovale, de volume de gros œuf de pigeon.

Accroissement depuis 3 ans, mais surtout depuis 6 mois.

Il y a 3 mois, il se forme une ulcération à la partie centrale de la tumeur, d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Elle présente des bourgeons rougeâtres et des bords épaissis; cette ulcération est douloureuse, empêchant la malade de reposer la tête sur le côté gauche; les douleurs sont sourdes, avec élancements et névralgies plus ou moins durables. On ne sent pas les ganglions cervicaux.

Opération. Anesthésie à la cocaïne. La tumeur est circonscrite par une incision ovale et est enlevée avec la surface cutanée. Sa base d'implantation est très vascularisée et nécessite plusieurs ligatures. Sutures aux crins. Pansement stérilisé. Guérison : 15 jours après.

Examen histologique : loupe ayant subi la dégénérescence sarcomateuse. Sur les coupes on voit des masses lobulées, des éléments sarcomateux. Le sarcome est dur, à cellules fusiformes; les vaisseaux eux-mêmes sont constitués par des cellules sarcomateuses, allongées, fusiformes avec noyaux volumineux, clairs.

OBSERVATION VI

(de Chassaignac, crâne présenté par Lebert.)

Femme de 68 ans présente une loupe ulcérée d'apparence cancroïde. La grande tumeur existe depuis 30 ans; la voûte crânienne

est détruite et les battements du cerveau soulèvent le fond de l'ulcération. L'autopsie n'a pas montré de cancer. La brèche osseuse, irrégulière, était de 7 cm. de longueur sur 5 cm. de largeur.

OBSERVATION VII

Epithélioma du cuir chevelu adhérent au crâne.

(Obs. de Morestin, 1903.)

Homme de 59 ans présente une ulcération grosse comme une pièce de 2 francs, siégeant au-dessus du pavillon de l'oreille. L'ulcération épithéliale est traitée sans succès par la radiothérapie. Infiltration et adhésion à la paroi crânienne. Pas d'engorgement ganglionnaire décelable à la palpation. Le malade ne souffre pas, mais il est incommodé par le frottement de la coiffure contre la surface ulcérée. Etat général bon. A l'opération, on trouve une perte de substance de 2 francs, la plaie cutanée a 8 cm. de diamètre.

Deux indications à l'égard de la plaie :

1° protéger la dure-mère;

2° réduire la perte de la substance cutanée.

Pour la première, la brèche osseuse est masquée par un lambeau musculaire du temporal. La substance cutanée est réduite par un fil de cerclage et des sutures convergentes ensuite.

Ce procédé évite de faire une autoplastie.

CONCLUSIONS

De l'étude de la transformation maligne des loupes du cuir chevelu, on peut conclure :

I. La dégénérescence cancéreuse des loupes est un fait rare.

II. Trois formes cliniques de la transformation néoplasique :

- a) Le néoplasme sébacé primitif, rare, est dû à une prolifération épithéliale de la paroi interne de la poche. Ce sont des tumeurs encapsulées intrakystiques à malignité purement locale. Mais, par leur développement incessant, la capsule se perfore, la peau s'amincit et s'ulcère.
- b) L'épithélioma secondaire aux loupes anciennes de 20 à 30 ans, soumises à des traumatismes répétés et ouvertes spontanément ou accidentellement (coups de peigne, piqûres d'épingle à cheveux). L'ulcération ainsi créée et les fistules intarissables subissent la dégénérescence cancéreuse.
- c) Citons enfin quelques cas exceptionnels de sarcome fuso-cellulaire développé sur une loupe.

III. Le diagnostic de cette transformation maligne est souvent difficile, qu'il s'agisse de tumeurs encapsulées qu'on peut confondre avec les loupes ordinaires, ou qu'il s'agisse de tumeurs ulcérées cancéreuses qu'on peut pren-

dre pour des simples loupes ulcérées. Seul, l'examen histologique et surtout la récidence après ablation peuvent confirmer la nature maligne de la tumeur.

IV. Ce processus morbide à évolution lente garde longtemps une malignité locale, mais même dans les néoplasmes ulcérés, cette malignité est moins grande que dans les cancers cutanés primitifs, exception faite du redoutable envahissement des os du crâne par la tumeur.

V. Pour parer à toute éventualité, il faut opérer systématiquement toutes les loupes, la suppuration et surtout la transformation maligne rendent impérieuse l'ablation de ces tumeurs.

Pour les petites loupes, on choisira de préférence l'énucléation après congélation de la tumeur par le chlorure d'éthyle.

Pour les grandes loupes, on aura recours à l'extirpation méthodique après anesthésie locale à la solution de novocaïne à 1 pour 200. Les lésions plus étendues et profondes seront traitées par l'ablation chirurgicale seule ou associée du traitement par les rayons X.

On voit par là à quels redoutables accidents peut être exposée une affection aussi bénigne que les loupes du cuir chevelu et quels sont, même après l'établissement du processus néoplasique, les avantages d'une intervention aussi précoce que possible.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur

des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 mars 1939
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- Beaussenat** (M.) et **Bender** (K.). — « Sarcome fuso-cellulaire du cuir chevelu développé au niveau d'une loupe opérée six mois auparavant » (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1903, LXXVIII 179).
- Bérard**. — « Les adénomes sébacés » (*Revue de Chirurgie*, 1895).
- Bidel**. — *Les adénomes sébacés* (thèse de Paris, 1901).
- Cédié**. — *Les loupes* (thèse de Paris, 1886).
- Delassus** (A.). — « Dégénérescence cancéreuse d'un kyste sébacé du cuir chevelu » (*Jour. des Soc. Méd. de Lille*, 1884, 6.273).
- Eliascheff** (Olga). — *Nouvelle pratique dermatologique* : « Kystes sébacés », t. VI, 524.
- Franke**. — « Traitement chirurgical des kystes épidermoïdes » (*München Med. Wchft*, 1930).
- Iconomoff**. — *Epithélioma du cuir chevelu* (thèse de Bordeaux, 1902).
- Jacobs** (L. M.). — « Dégénérescence maligne d'un kyste sébacé du cuir chevelu » (*M. J. et Record*, 125, Phila, 1927).
- Lévy**. — « Traitement chirurgical du kyste épidermoïde » (*München. Med. Wchft*, 1930).
- Melchior**. — « Carcinome perforant du cuir chevelu » (*Berl. Klin. Wchft*, 1917, 1001).
- Ménétrier** et **Potherat**. — « Kyste sébacé du cuir chevelu à transformation maligne » (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1919, XLV, 1138).
- Meslin**. — *Les kystes épidermoïdes du cuir chevelu* (thèse de Bordeaux, 1902).
- Morestin**. — « Epithélioma du cuir chevelu adhérent au crâne » (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1903).

- Peraire** (M.) et **Cornil**. — « Sarcome développé sur une loupe du cuir chevelu. Ablation. Examen histologique » (*Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1904, LXXIX, 760).
- Péraire et Ménétrier**. — « Epithélioma lobulé du cuir chevelu survenu sur une loupe » (*Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1898, LXXIII, 186).
- Poncet**. — « Tumeurs confluentes du cuir chevelu » (*Revue de Chirurgie*, 1890).
- Poret**. — *De la dégénérescence épithéliomateuse des loupes du cuir chevelu*, thèse de Lyon, 1893).
- Royster**. — « Epithélioma et kyste sébalé du cuir chevelu côte à côte » (*Surg. Clin. N. Am.*, Phila, 1922, 1293).
- Rudler** (J. C.). — *Encyclopédie médico-chirurgicale* : « Néoplasmes », t. XIX, 2, 15969.
- Seff** et **Berkowitz**. — « Dégénérescence carcinomateuse d'un kyste sébacé du cuir chevelu » (*Surg. gynec. et obstet.*, Chicago, 1916).
- Strauss**. — « Développement d'un épithélioma baso-cellulaire sur un kyste épidermoïde » (*Deutsche Zift für Chir.*, 1935).
- Vialle** (P.). — « Ablation des kystes du cuir chevelu par la congélation par le chlorure d'éthyle » (*Arch. Méd. Chir. Province*, 1933).
-

